

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

DUPORT Charles

Né le 21 Juin 1912 à Fours (Nièvre)

388

**Étude clinique des Épithéliomas
de la
Portion abdominale du Tube digestif
chez des Sujets jeunes**

Président : M. CUNÉO, Professeur

1938

V. HELLO, Imprimeur
4 et 5, Rue Barbès
MONTCROUGE
(Seine)

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

DUPORT Charles

Né le 21 Juin 1912 à Fours (Nièvre)

**Étude clinique des Épithéliomas
de la
Portion abdominale du Tube digestif
chez des Sujets jeunes**

Président : M. CUNÉO, Professeur

1938

V. HELLO, Imprimeur

4 et 5, Rue Barbès

MONTCOUGE

(Seine)



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBŒULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	MÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale
BEZANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expériment.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
Mlle J. LÉVY .	Pharmacologie.
LÉVY - VALENSI	Neurologie et Psychiâ- trie.
MÉNÉGAUX ...	Pathologie chirurgicale
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT - DUTAILLIS	Pathologie chirur .
PIÉDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY - BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ - BOYER.	Pathologie chirurgicale

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
DONZELOT ...		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VAL- LERY - RADOT.			
SÉZARY			
		MM.	
		ECALLE	} Clinique obstétricale.
		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE,

*Trop faible témoignage de ma pro-
fonde reconnaissance et de mon
affection.*

A MES BEAUX-PARENTS,

Hommage affectueux.

A MA FEMME,

Petit gage d'amour.

A MA FILLE MONIQUE.

A MA SŒUR GENEVIÈVE,

A MA BELLE-SŒUR MADELEINE,

A MES BEAUX-FRÈRES JEAN PALUT

et ROBERT FOURNIER.

A MA FAMILLE,

A MES AMIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO,
Professeur à la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. Nous lui exprimons ici notre
profonde gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOULONGUET,

Chirurgien de l'Hôpital Dubois,

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse. Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre vive reconnais-
sance.*

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX.

INTRODUCTION

Dans les quelques chapitres que nous avons l'honneur de vous présenter, nous avons voulu réaliser une vue d'ensemble sur les épithéliomas de la portion abdominale du tube digestif qui atteignent les sujets jeunes.

Mais avant de commencer cette thèse nous tenons à remercier bien sincèrement Monsieur le Professeur agrégé Moulonguet, qui nous en a inspiré le sujet. Après nous avoir accueilli dans son service avec la plus grande bienveillance, il n'a jamais manqué de nous prodiguer en toute occasion ses conseils clairs et précis, et nous lui exprimons ici toute notre gratitude.

A la suite de quatre observations inédites, complètes et détaillées qu'il a bien voulu nous confier, nous avons groupé toute une série d'observations recueillies dans la littérature médicale.

Nous nous sommes permis de résumer ces dernières afin de rester sur un terrain essentiellement clinique, notre but étant de montrer simplement que, tout en restant peu fréquents, les épithéliomas du tube digestif des sujets jeunes sont cependant assez nombreux

pour qu'on en discute la possibilité dans le diagnostic étiologique de troubles digestifs ou de douleurs abdominales.

Pour nous assigner une limite, nous n'avons retenu que les observations de sujets âgés de moins de 35 ans. Non pas que nous considérions cet âge comme la limite de la jeunesse, mais plutôt parce qu'avant cet âge on hésite bien souvent à porter le diagnostic de cancer, en raison de la jeunesse même du sujet.

Enfin, pour être précis, nous avons éliminé, parmi les très nombreuses observations de cancer du tube digestif, toutes celles qui ne confirmaient pas par un examen microscopique que le cancer était un épithélioma. Soit un épithélioma typique ou adéno-carcinome, soit un épithélioma atypique ou carcinome. Ce n'est que très rarement que la clinique peut se permettre d'affirmer ce diagnostic. L'examen macroscopique est le plus souvent trompeur et le Professeur Okinczic faisait remarquer dans une communication à l'Académie de Chirurgie, en 1936, que les tumeurs bénignes du colon sont, souvent, macroscopiquement impossibles à différencier du cancer.

Nous avons inscrit au début de chaque observation : l'âge du sujet et la nature de la lésion.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les études sur les cancers du tube digestif que nous avons consultées portent pour la plupart sur un segment anatomique précis et étudient les affections de ce segment et en particulier les tumeurs.

Au contraire, les études qui ont trait à l'ensemble du tube digestif pour y étudier la fréquence du cancer sont rares. Nous en avons retrouvé deux : celle de Le Lay, de Bordeaux, en 1925, étudie les cancers gastro-intestinaux chez les sujets de moins de 35 ans. Son étude porte sur les malades de l'hôpital de Bordeaux pendant une période déterminée et a surtout un caractère de statistique. En 1926, Libes, de Toulouse, étudie dans sa thèse les cancers du tube digestif chez les jeunes avant 30 ans. Il insiste surtout sur les cancers de la langue et de l'œsophage, laissant un peu dans l'ombre la portion terminale du tube digestif.

Nous citerons encore deux auteurs qui ont étudié le cancer des sujets jeunes : Louart, de Paris, qui s'occupe du gros intestin, et Aguetant, de Lyon, à propos du rectum.

Nous pensons être le premier à étudier une forme bien déterminée de cancer : les épithéliomas, atteignant les sujets jeunes sur la portion abdominale de leur tube digestif.

CHAPITRE II

PLAN DU SUJET

Si les portions du tube digestif que nous étudions ont des fonctions différentes, elles ont néanmoins un caractère commun qui permet de les réunir : elles sont toutes revêtues d'un épithélium cylindrique.

Après un chapitre dans lequel nous exposons nos idées sur l'étiologie et nos constatations sur les communautés symptomatologiques, nous reprendrons une à une les parties du tube digestif. Les divisions du tube digestif ne correspondront qu'à des faits cliniques, et l'ordre tout à fait arbitraire dans lequel nous les avons classées ne correspond qu'au plus ou moins grand nombre d'observations recueillies sur la portion considérée.

Nous verrons ainsi successivement :

- Une portion recto-sigmoïdienne,
- Une portion cœco-colique,
- L'estomac et pylore,
- L'intestin grêle,
- L'appendice.

Enfin nous donnerons les observations recueillies groupées selon l'ordre ci-dessus cité.

CHAPITRE III

GÉNÉRALITÉS

I. *Essai sur l'étiologie.* — Y a-t-il une cause quelconque qui prédispose le jeune sujet à laisser se développer un épithélioma au niveau de son tube digestif? Il ne nous appartient pas de trancher la question et nous n'avons pas d'éléments de certitude pour le faire.

Une première constatation nous frappe : dans la grande majorité des observations, le sujet est atteint en état de parfaite santé apparente et lorsqu'on recherche dans son histoire, dans ses antécédents, on ne trouve rien.

Mais à côté de ces cas, il en est d'autres, moins nombreux, où le malade a déjà présenté des troubles intestinaux qui n'étaient pas dus à son cancer : dans plusieurs cas on a constaté dans les selles la présence d'amibes ou de bacilles de Koch, dans d'autres le sujet a été atteint de fièvre typhoïde. Nous avons examiné de près ces observations, mais aucune d'elles ne peut mettre en évidence le lien qui, du cancer, nous conduirait certainement à sa cause.

On ne peut faire que des hypothèses, et parmi celles qui ont déjà été formulées, il en est une qui nous

séduit particulièrement. Elle nous a été exposée amicalement par le Docteur Stéphanopoli, et nous l'avons retrouvée décrite par Auguste Lumière : le cancer serait une maladie des cicatrices.

Ainsi le bacille de Koch, l'amibe dysentérique, ou le bacille d'Eberth, pour ne citer que ceux que nous avons rencontrés, en blessant le tube digestif dans ses différents segments, provoquent par ce fait la formation de cicatrices sur lesquelles l'épithélioma se développera ultérieurement. Et ce développement sera d'autant plus rapide que le sujet sera vigoureux, jeune ; et c'est peut-être là l'explication de l'évolution brutale et souvent foudroyante que nous pouvons constater dans la plupart de nos observations. Ainsi, dans l'observation n° 5, on retrouve, à côté du carcinome, un paquet de ganglions tuberculeux calcifiés. Chez un autre malade on avait découvert des bacilles de Koch dans les selles deux ans avant qu'on ne constate le carcinome du grêle (obs. n° 45) ; un autre a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 4 ans (obs. n° 22) ; un autre enfin a eu une dysenterie amibienne et une fièvre typhoïde avant de mourir d'un carcinome du rectum (obs. n° 3).

La cicatrice peut être produite aussi par un traumatisme provoqué par une cause mécanique, en dehors de toute présence microbienne : étranglement herniaire réduit par taxis (obs. n° 13) ; fistule stercorale après appendicectomie (obs. n° 29) ; enfin, le

petit malade de l'observation n°. 28 avait avalé un caillou un an avant que l'on découvre son épithélioma colloïde du colon ascendant.

Ainsi, dans tous ces cas, il semble bien que le cancer survienne sur un tissu prématurément vieilli par cicatrisation. Où l'on se trouve désarmé, c'est lorsqu'il s'agit de trouver la cause de l'envahissement de la cicatrice par les éléments jeunes dont la prolifération anarchique va donner naissance à l'épithélioma. La clinique et le laboratoire sont encore impuissants à la révéler.

Nous avons recherché si la syphilis pouvait avoir un rôle dans la production de l'épithélioma du tube digestif. Or, dans aucune de nos observations, cette affection n'est signalée. Il est permis tout au plus de la soupçonner dans les observations numéros 18 et 25. Cette constatation concorde bien avec l'opinion, que nous exposait le Professeur Moulonguet, que la syphilis est surtout génératrice d'épithéliomas au niveau des épithélium malpighiens alors qu'elle épargne volontiers les revêtements cylindriques.

Enfin, on a beaucoup discuté de l'influence du sexe sur la production du cancer. Certaines statistiques sont même contradictoires sur ce point. Nous ne voulons pas faire de statistique, avec nos observations recueillies un peu partout dans la littérature médicale, mais notre impression est que le sexe n'a pas d'influence sur le développement des cancers diges-

tifs en ce qui concerne l'ensemble des cas. L'homme nous a fourni plus d'observations sur la région cœco-colique, mais la femme nous en donne plus à propos de l'estomac et du rectum.

Nous avons synthétisé cette opinion dans le tableau suivant :

RÉGIONS	TOTAL	HOMMES	FEMMES	ENFANTS sans indication de sexe
Rectosigmoïdienne	25	10	13	2
Cœco-colique	10	7	2	1
Estomac	9	4	5	0
Intestin grêle	1	0	0	1
AU TOTAL	45	21	20	4

II. *Symptomatologie générale.* — Le caractère primordial des épithéliomas du tube digestif est d'être sténosants. Cette sténose de la lumière du tube digestif, nous la retrouvons dans presque toutes les observations. Elle se traduit différemment aux différents étages du conduit et en clinique on retrouve : la constipation au niveau du rectum ; le ballonnement et la flatulence pour la région cœco-colique ; la stase gastrique pour le pylore.

Cette entrave sur le trajet du bol alimentaire va encore amener l'amaigrissement, l'asthénie, l'anémie, qui sont presque constants.

Malheureusement ces signes n'apparaissent que lorsque la tumeur a déjà acquis un assez grand développement.

Un caractère qui est précoce et existe toujours, c'est la douleur. Elle est rarement intense et le plus souvent très vague dans tout l'abdomen avec prédominance à l'endroit où siège la tumeur. On ne devra donc jamais la négliger et toujours rechercher sa cause.

III. *Conduite à tenir.* — Nous ne voulons pas discuter du traitement, qui devra toujours être chirurgical ; mais il faut se souvenir que seule une intervention précoce peut sauver le malade et que la précocité de l'intervention dépend de la précocité du diagnostic. On devra donc, au moment de la discussion, toujours penser au cancer, surtout en présence d'un sujet jeune. Il ne faut plus parler de « l'âge du cancer » pour éliminer la possibilité de ce cancer. Ce qui doit compter n'est pas l'âge du sujet, mais bien l'âge de ses tissus. Et dans tous les cas de constipation, diarrhée, dyspepsie, douleur abdominale, qui ne cèdent pas rapidement, en quelques jours, au traitement médical, le devoir du médecin est d'examiner à nouveau son malade avec un esprit chirurgical, en s'aidant de tous les moyens : toucher rectal, contrôle radiologique et, au besoin, laparotomie exploratrice, comme le conseillait déjà Louart dans sa thèse en 1900.

CHAPITRE IV

CARACTÈRES PARTICULIERS DES ÉPITHÉLIOMAS DES DIFFÉRENTES PORTIONS DU TUBE DIGESTIF ABDOMINAL

I. *Région recto-sigmoïdienne.* — Ils sont les plus nombreux dans nos observations, et nous en citons plus loin 25 cas. Comme pour les sujets plus âgés, ce sont les plus fréquents des cancers du tube digestif. La notion est d'ailleurs classique aujourd'hui que, même avant 30 ans, il faut penser à la possibilité du cancer du rectum.

La symptomatologie ne diffère en rien de celle qui se manifeste chez des malades plus vieux. Toutefois, chez le jeune, la douleur est très précoce et se manifeste avant les autres signes. On trouve aussi la présence de sang dans les selles, les rectorragies, et surtout la modification inopinée des évacuations : soit apparition brusque d'une constipation, soit une constipation habituelle qui devient opiniâtre. La diarrhée ne survient qu'après la constipation et s'alterne avec elle sous forme de débâcles.

La présence d'hémorroïdes devrait faire penser au cancer et non pas en retarder le diagnostic, comme dans une de nos observations (n° 2), en leur attribuant la cause d'une rectorragie.

Dans tous ces cas, on ne devrait pas hésiter à pratiquer un toucher rectal précoce qui, bien souvent, ferait découvrir le cancer du rectum ou même du sigmoïde.

Le plus souvent le diagnostic s'impose, même chez le sujet jeune, par l'abondance et la diversité des signes. C'est ce qui contribue à faire du cancer de la région recto-sigmoïdienne le moins redoutable de ceux qui atteignent le tube digestif. Et pourtant, si nous ne considérons que nos observations, nous voyons que, sur 25 cas, il n'y a que 6 survies d'au moins 6 mois, 2 résultats inconnus et 17 morts avant ou peu après l'opération.

Seul un diagnostic plus précoce permettrait des interventions plus efficaces.

II. *La portion cæco-colique.* — De cet ensemble, c'est surtout la région cœcale qui est le plus souvent atteinte. Cela semble confirmer l'opinion de Le Lay qui montrait que les parties du tube digestif les plus souvent atteintes par les cancers sont celles qui correspondent à un changement de calibre du tube alimentaire. Cette théorie mécanique est d'ailleurs en concordance avec l'hypothèse étiologique que nous exprimions plus haut.

Les symptômes sont très variés. L'obstruction de la lumière se traduit surtout par le ballonnement de

l'abdomen et la flatulence. On entend souvent des borborygmes qui indiquent le passage de gaz intestinaux au travers des liquides de stase accumulés en amont du rétrécissement. La douleur aussi est très précoce, mais elle est vague et diffuse à tout l'abdomen. Enfin la tumeur est souvent palpée et, malgré cela, on ne pense pas au cancer. Dans les dix observations que nous citons, la possibilité de cancer n'avait été entrevue que deux fois, et dans sept autres cas le diagnostic a été fait seulement au moment de l'intervention.

C'est de cette presque impossibilité de diagnostic que dépend sûrement la gravité de cet épithélioma : sur nos dix observations on note une seule survie de deux ans, deux guérisons opératoires. Quatre malades sont morts peu après l'opération.

Le cancer de la région cœcale apparaît comme le moins redoutable, car souvent la douleur dans cette partie de l'abdomen fait penser à de l'appendicite chronique et détermine une intervention qui fait découvrir le cancer.

III. *L'estomac.*—Au niveau de l'estomac, l'épithélioma reste le plus souvent latent. Il n'est alors signalé que par un mauvais état général, de l'amaigrissement et surtout de l'anémie, qui a parfois fait penser à l'anémie de Biermer. D'autres fois, les symptômes

font penser à un ulcère, ou alors on n'observe que de la dyspepsie. Dans une de nos observations, le cancer est révélé lors d'une opération sur le petit bassin qui découvre une grosse tumeur de Kruckenberg. Enfin, il peut se révéler par des signes qui ne font penser en rien à l'estomac, témoin cette malade que l'on opère pour une appendicite et chez qui l'on découvre à l'intervention la tumeur gastrique.

Cette absence de signes précis explique pourquoi le diagnostic de cancer est rarement porté chez les jeunes : sur les 9 observations que nous citons, la possibilité de cancer de l'estomac n'avait été entrevue que deux fois.

Cette impossibilité du diagnostic est aussi une des raisons de la gravité de cette affection : l'intervention arrive toujours trop tard et, dans les cas que nous avons réunis, il n'y a pas une seule survie de 6 mois après l'intervention.

Nous pensons qu'un examen radiologique précoce améliorerait un peu le pronostic de ce cancer.

IV. *L'intestin grêle.* — Chez les jeunes sujets, les cancers du grêle ne sont pas nombreux et la majorité de ces cancers sont des sarcomes. L'épithélioma du grêle est très rare, comme il le reste aussi chez les sujets plus âgés. Nous n'avons trouvé qu'une seule

observation, que nous résumons plus loin : elle décrit un carcinome du grêle chez un enfant de 14 ans.

Nous ne pouvons pas tirer d'un seul cas une règle de conduite. Nous constatons seulement qu'ici encore se trouvent des signes d'obstruction intestinale et, de plus, la tumeur est palpable dans l'abdomen.

Dans cette observation (n° 45), l'évolution de la tumeur a été précédée d'une phase de tuberculose du grêle constatée par la présence de bacilles de Koch dans les selles et à l'intervention par un rétrécissement cicatriciel.

La tumeur ne donne pas l'impression d'une grande malignité puisque le petit malade s'est très bien remis après l'intervention.

V. *L'appendice*. — Nous ne ferons que citer les épithéliomas de l'appendice, nous n'en avons pas trouvé d'observations précises. Le cancer de l'appendice est une maladie des jeunes. Nous l'avons trouvé étudié à plusieurs reprises par Wells, par J. Rhéa de Boston et, plus récemment, par Wilkir de Londres. Les observations ne portent pas le diagnostic histologique d'épithélioma, et les tumeurs décrites ne semblent pas présenter la malignité de ces cancers. Il doit s'agir de faux-carcinomes qui ont été décrits sous le nom de carcinoïdes. Leur évolution est lente. Ils siègent tantôt à l'extrémité de l'appendice, où leur évolution est

sans histoire ; tantôt à la base de l'organe, où leur développement détermine des signes d'occlusions appendiculaires. On intervient alors pour appendicite et la tumeur est une découverte opératoire.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

I. — Les épithéliomas de la portion recto-sigmoïdienne

OBSERVATION N° 1 (inédite, communiquée par le M. le Docteur Moulonguet).

Homme de 33 ans. Cancer cylindrique du colon sigmoïde.

Monsieur L... entre dans le service au mois de septembre 1932, souffrant de douleurs sourdes et permanentes dans la fosse iliaque gauche. Les douleurs ont débuté il y a deux mois par des brûlures dans la fosse iliaque gauche accompagnées au début de douleurs symétriques dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs se manifestent en dehors de toute symptomatologie digestive. Les selles sont normales et ne renferment pas de sang. Le malade n'est pas constipé. Cependant l'état général est déficient : anorexie générale, asthénie, sueurs nocturnes et gros amaigrissement. Des radiographies osseuses font constater l'absence de signes iliaques ou vertébraux.

Le diagnostic d'abcès iliaque est porté. On incise, le 21 septembre 1932. Les suites opératoires sont normales, mais au bout de trois semaines on note la persistance d'une fistule, dont l'orifice en collerette bourgeonnante, rouge vif, fait entrevoir la possibilité de propagation cutanée d'un cancer. Une biopsie est pratiquée le 22 octobre 1932 et montre que l'on se trouve en présence d'un épithélioma cylindrique. Le diagnostic de cancer du sigmoïde est alors porté, et l'on intervient le 7 novembre 1932.

Intervention (7-11-32). — Le malade est endormi à l'éther.

Incision oblique qui ouvre le ventre au-dessus de la fistule. Adhérences épiploïques : elles sont liées pour refouler le transverse. Le sigmoïde est le siège d'une tumeur, il n'est pas extériorisable. Incision sur la fistule, et tout est enlevé en masse, avec un segment de la paroi, en quartier d'orange, intéressant le bord externe du droit, les obliques, les vaisseaux épigastriques. Par cette large brèche, on reconnaît le méso sigmoïde. Quelques ganglions, petits.

Ligature en dessous, réfection du méso. Il faut, par derrière le colon, lier les vaisseaux spermaticques qui adhèrent. Section du bord inférieur, loin du bord supérieur trop pris, parce que le cancer est à l'origine du sigmoïde et que l'on hésite à poursuivre le décollement colo-pariétal en tissu sain. Accollement des deux bouts. Mikulicz. L'anse exclue dans la région de

l'espace de Bogines. Suture de l'incision en dedans. Section de l'intestin. Tube de Pay (mais cette suture tire du fait de la portion de paroi enlevée).

Pièce : cancer non sténosant, régulièrement induré, sanieux. Limites nettes sur l'intestin. On a coupé environ 2 cm. en amont. En somme, aspect plus favorable qu'on le croyait. Examen histologique : cancer cylindrique.

Suites opératoires : une occlusion post-opératoire oblige à réintervenir le 13 novembre 1932.

Intervention du 13-11-32. Une anse grêle colle à la plaie opératoire du côté interne. Il y a une péritonite plastique due à ce que la suture du péritoine n'a pas été suffisamment bien faite. Libération, Witzel. Guérison. La jéjunostomie se ferme seule.

Le 27 mars 1933, fermeture de l'anús, facile et correcte.

Le malade, revu en 1937, va bien.

OBSERVATION N° 2 (inédite, communiquée par M. le Docteur Moulonguet).

Homme de 30 ans. Epithélioma colloïde du rectum.

Le nommé S... vient consulter au mois de septembre 1937 pour des écoulements sanglants, émis par l'anús. Le début de l'affection semble très ancien puisque, dès l'âge de 10 ans, le malade a constaté la présence

de sang dans ses selles. Il n'a commencé à s'inquiéter qu'il y a huit mois, lors de l'apparition de douleurs au moment de la défécation et d'un prurit intense l'empêchant de dormir. Les selles sont fréquentes, en moyenne 3 à 4 par jour. Un médecin, consulté à cette époque, constate des hémorroïdes et prescrit une médication calmante. Il se produit alors une période d'accalmie, les écoulements sanglants cessent, le malade ne se sent plus fatigué, il mange de tout, digère bien, et ses selles sont normales.

Il y a deux mois, le malade constate des écoulements sanglants, abondants, d'odeur fécaloïde ; il consulte un autre médecin qui, après avoir pratiqué une biopsie, lui conseille une intervention chirurgicale.

Dans les antécédents du malade, on note : de l'entérite pendant l'enfance ; une opération pour appendicite ; une hernie inguinale droite opérée. On ne retrouve pas de traces de syphilis ni de tuberculose. Ses parents sont bien portants.

L'examen révèle la présence d'une ulcération, de la taille d'une pièce de cinq francs, située juste au-dessus de l'anus, sans cependant envahir le sphincter. Il n'y a pas d'adénite inguinale. On pratique une biopsie : épithélioma colloïde. La nature de la lésion commandait l'opération. Le malade refuse l'anus iliaque. On pratique une périnéale après huit jours de préparation à l'huile de ricin.

Intervention du 6 octobre 1937. — Le malade est endormi au mélange de Schleich. On pratique une incision de Lisfranc typique. Le rectum n'est pas amputé très haut parce que le sigmoïde paraît court et ne se déroule pas par traction. Péritonisation soigneuse du cul-de-sac. La section du rectum est faite à 1 mm. au-dessous de cette péritonisation. Le plan de clivage pariétal est sain. Pas de ganglions du méso. Ganglions inguinaux à surveiller.

Examen histologique : épithélioma colloïde.

Le malade, revu au mois de mars 1938, va bien.

OBSERVATION N° 3 (Lasnier de Montevideo in Arch. lat. am. de pedratria).

Enfant de 13 ans. Carcinome du rectum.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels notables. Présente depuis deux mois une constipation opiniâtre coupée de débâcles sanguinolentes très abondantes. Celles-ci deviennent de plus en plus fréquentes. Des épreintes se réveillant 15 à 20 fois par jour n'ont d'autre résultat que l'évacuation de quelques glaires, mêlés de sang. Comme l'appétit est bon, l'état général reste peu altéré.

Un toucher rectal permet de sentir, à 4 cm. environ, une tumeur dure, circulaire, formant dans la lumière du rectum un bourrelet saillant et ne laissant qu'un

orifice qui admet à peine la pulpe du doigt. On a l'impression de sentir la tête d'une invagination ou un col utérin.

En palpant le ventre, on sent que l'intestin est plein de masses dures, allongées, que l'on évacue par lavage. L'examen des selles montre alors la présence d'amibes. D'autres examens (cuti-réaction, Wassermann, inoculation au cobaye) sont négatifs en ce qui concerne la tuberculose et la syphilis.

Un traitement à l'émétine est poursuivi pendant deux mois. Les selles diminuent de fréquence, mais la tumeur ne se modifie pas. L'enfant fait ensuite une fièvre typhoïde qui évolue sans complications. Après la guérison, on constate que la tumeur a augmenté de volume, de plus, elle est devenue irrégulière et végétante. Les matières passent difficilement et sont laminées. Les régions inguinales sont le siège de grosses adénopathies douloureuses. Une biopsie de la tumeur rectale ne montre à ce moment qu'un état inflammatoire banal.

On intervient alors par voie abdominale et on constate que la tumeur s'étend jusqu'à la région sigmoïdienne inférieure, adhérant fortement à la vessie. On se borne à faire un anus iliaque.

Une amélioration se produit, de courte durée, car la tumeur grossit, sort de l'anus, provoquant des douleurs subintrantes. L'état général décline très vite.

La mort survient environ un an après le premier examen. Pas d'autopsie. Un fragment de la tumeur est prélevé et montre un carcinome globo-cellulaire des plus nets.

OBSERVATION N° 4 (Ingersold Olmsted in Am. of Surgery 1921).

Enfant de 14 ans. Carcinome de la partie inférieure du sigmoïde.

Depuis quatre mois, troubles digestifs : nausées, coliques. Efforts de plus en plus vains pour aller à la selle, aboutissant à l'issue de mucus et de matières sanguinolantes. Ténésme rectal

A l'examen : péristaltisme intense venant mourir dans le pelvis, à droite de la ligne médiane et rendant visible l'anse sigmoïde. En dehors des contractions, on pouvait palper une masse siégeant sur cette anse, à sa partie distale ; l'émaciation du ventre permettait presque de l'énucléer. Au toucher rectal, on atteint le pôle inférieur de cette tumeur que l'on hésite à qualifier de cancer en raison du jeune âge du sujet. L'opération est néanmoins jugée urgente et découvre la tumeur, bien mobile, à la jonction du colon pelvien et du rectum, partiellement invaginée dans le rectum. Pas de ganglions, pas de métastases perceptibles. Exérèse facile. Quelques petites complications post-opératoires. Le malade sort deux mois après son entrée.

Un an après, il est en excellente santé et a repris du poids.

OBSERVATION N° 5 (J. H. Clark in *Annals of Surgery*. 1926).

Garçon de 16 ans. Carcinome du sigmoïde.

Douleurs du bas ventre et de la région sacro-iliaque qui s'accroissent depuis six mois. Au début, quelques hémorragies anales. A la palpation, on sent une grosse masse le long du colon descendant. L'examen du rectum ne montre rien, mais les matières ont une odeur qui fait penser au cancer. De plus, la réaction du sang occulte y est positive. Le Wassermann est négatif. Etat général mauvais. Gros amaigrissement. La laparotomie découvre la grosse masse constituée de ganglions calcifiés. Après prélèvement on fait une colostomie, mais le malade meurt trois jours après. Autopsie qui fait découvrir la tumeur du sigmoïde. Examen histologique : Carcinome du sigmoïde accompagné de ganglions tuberculeux calcifiés.

OBSERVATION N° 6 (thèse de Girault, obs. n° XXVI).

Femme de 18 ans. Epithélioma mucoïde de l'S iliaque.

Pas d'antécédents notés. Présente des signes d'occlusion intestinale incomplète. Douleurs dans l'abdomen, à gauche. On palpe une tuméfaction dans la pro-

fondeur de l'hypocondre gauche. On intervient pour salpingite et découvre le cancer sur le colon sigmoïde.

OBSERVATION N° 7 (Ch. H. Phifer in Ann. of Surgery, 1923).

Homme de 19 ans. Carcinome columnaire du sigmoïde.

Douleur abdominale. Vomissements. Météorisme. Diarrhée. Evolution rapidement fatale.

OBSERVATION N° 8 (Ch. S. Higley in Journal of Americ. Medic. Assoc., 1933).

Homme de 19 ans. Adéno-carcinome de la région recto-sigmoïdienne.

Depuis deux semaines, diarrhée et douleurs dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen. Le malade raconte qu'il y a six mois il a remarqué du sang dans ses selles et, de plus, celles-ci devinrent rubannées il y a quatre mois. Douleurs à la défécation. Rien dans les antécédents en dehors d'une gonorrhée uréthrale il y a deux ans. A l'examen, les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation. Les poumons et le cœur paraissent normaux. L'abdomen est tendu, mais on parvient à palper une petite tumeur, dans le quadrant inférieur gauche. Le toucher rectal permet de constater un rétrécissement régulier à 2 cm. 5 au-dessus de l'anus. La rectoscopie le montre tapissé d'une

muqueuse grise, finement granuleuse, qui s'ulcère et saigne facilement. Examen du sang : globules rouges, 3.800.000 ; globules blancs, 9.500 ; Wassermann : négatif. Selles semi-solides contenant du sang. Une biopsie indique un cancer colloïde. On intervient et trouve une tumeur inopérable. Colostomie et mort quelques jours après par embolie. Autopsie. Examen détaillé de la pièce.

OBSERVATION N° 9 (thèse Aguetant, obs. n° IV).

Homme de 20 ans. Epithélioma atypique du rectum.

« Antécédents héréditaires : néant. Antécédents personnels : adénite bacillaire fistulisée de 4 à 10 ans, ayant laissé au cou une cicatrice très visible... »

Symptômes : douleurs sous-ombilicales. Ballonnement du ventre. Diarrhée profuse : 20 selles par jour. Amaigrissement rapide. Finalement : occlusion intestinale. On pratique un anus iliaque. Quelques mois après généralisation et mort.

OBSERVATION N° 10 (Dr Bertein in Soc. Medic. de Paris, 1914, cité par Le Lay, ob. IV).

Homme de 21 ans. Epithélioma cylindrique à type colloïde du sigmoïde.

Jeune soldat, admis à l'hôpital militaire de Lyon pour appendicite aiguë. Intervention d'urgence. Mort

pendant l'opération. Le cancer est découvert à l'autopsie.

OBSERVATION N° 11 (th. Jouffroy, obs. n° XLV).

Femme de 21 ans. Epithélioma de l'anse iliaque.

« Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Antécédent personnel : a eu la rougeole à 6 ans. Constipation habituelle. » Anémie, gros amaigrissement, ascite, œdème des jambes. Le diagnostic est : anémie pernicieuse. Le cancer est découvert à l'autopsie.

OBSERVATION N° 12 (Dr Miginiac de Toulouse, cité par Le Lay, obs. n° III).

Homme de 22 ans. Epithélioma cylindrique du rectum.

Sans antécédents. A été au Maroc en 1918-1919. Rentre en France en 1920. Est pris d'une diarrhée profuse. Traitée pendant un an à l'émétine sans grand succès. Gros amaigrissement. Subitement : crise d'occlusion intestinale qui fait découvrir le cancer sténosant du rectum.

OBSERVATION N° 13 (th. de Louart, obs. XLIV).

Femme de 22 ans. Epithélioma cylindrique de l'S iliaque.

« ...N'ayant jamais présentée d'autre antécédent pathologique qu'une hernie inguinale gauche, dont elle s'aperçut à l'âge de 17 ans. Cette hernie avait donné lieu à quelques symptômes de péritonisme, dus à un début d'étranglement dont un taxis modéré eut facilement raison. »

Une obstruction intestinale survient sans constipation ni diarrhée antérieure. La malade meurt. L'autopsie fait découvrir un rétrécissement néoplasique obstrué par un fragment d'os.

OBSERVATION N° 14 (th. de Mondor).

Femme de 23 ans. Epithélioma métatypique de l'ampoule rectale.

Geneviève F... a été prise, il y a onze mois, d'une hémorragie abondante survenue brusquement « au moment où elle mettait son chapeau, après dîner ». Depuis, envie constante d'aller à la selle, mais défécation difficile. Le diagnostic de cancer du rectum est posé. On pratique l'amputation périnéale du rectum. Au bout de dix mois, récurrence. On établit un anus iliaque. La malade meurt six mois après.

OBSERVATION N° 15 (Dr Artwell, cité par Le Lay, obs. n° XIII).

Femme de 25 ans. Adéno-carcinome de l'ampoule rectale. Sans détails.

OBSERVATION N° 16 (Chalier de Lyon, cité par Aguet-
tant, obs. n° X).

Femme de 27 ans. Epithélioma cylindrique du
rectum.

Pas d'antécédents néoplasiques connus. A présenté
dans sa jeunesse un prolapsus rectal qui disparaît à
l'âge de 10 ans lors de l'apparition des premières rè-
gles. A depuis très longtemps des troubles digestifs
et de la constipation.

Le début de la maladie actuelle remonte à neuf
mois : apparition de selles liquides et glaireuses avec
rectorragies au moment ou dans l'intervalle des défé-
cations. Pas de douleurs, mais une sensation de pesan-
teur dans la région sacrée.

Exérèse de la tumeur. Deux ans après, la malade
va bien.

OBSERVATION N° 17 (th. Aguettant, obs. n° II).

Homme de 28 ans. Epithélioma cylindrique du
rectum.

« Pas d'antécédents morbides dignes d'être signa-
lés. » Constipation qui débute il y a deux mois, dure
un mois et, depuis, diarrhée profuse : 12 à 15 selles
par jour.

OBSERVATION N° 18 (th. de Louart, obs. n° XLIII)

Femme de 29 ans. Epithélioma de l'S iliaque.

« ...Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Antécédents personnels : gemellaire il y a onze ans, puis fausse couche deux ans après. » Douleurs abdominales. Rectorragies. Gros amaigrissement. On intervient. Mort dans les suites opératoires.

OBSERVATION N° 19 (th. de Le Lay, obs. n° II).

Femme de 32 ans. Epithélioma cylindrique de l'anse sigmoïde.

Habituellement constipée. Une crise d'occlusion intestinale nécessite une laparotomie qui fait découvrir le cancer. On pratique un anus iliaque gauche.

OBSERVATION N° 20 (Dr W. Meyer, cité par Le Lay obs. n° XI).

Femme de 34 ans. Adéno-carcinome du rectum.

Sans détails.

OBSERVATION N° 21 (th. Aguetant, obs. n° V).

Femme de 34 ans. Epithélioma métatypique du rectum.

Début il y a un an par des douleurs rectales avec

selles sanglantes. Alternatives de constipation et de diarrhée avec prédominance de cette dernière. Mauvais état général ; perte de l'appétit ; amaigrissement considérable. Intervention : amputation du rectum par voie abdomino-périnéale.

Un an après, la malade va bien.

OBSERVATION N° 22 (th. de Girault, obs. n° XXIV)

Femme de 34 ans. Epithélioma cylindrique du sigmoïde.

Antécédents personnels : fièvre typhoïde à l'âge de 4 ans. Le début des accidents actuels remonte à un an : « La constipation habituelle devient opiniâtre. » Peu à peu, l'occlusion intestinale s'établit.

Intervention : entéro-anastomose du colon gauche au colon sigmoïde.

Mort le surlendemain. La tumeur est découverte à l'autopsie.

OBSERVATION N° 23 (th. de Mondor).

Femme de 34 ans. Epithélioma cylindrique du rectum.

Madame D..., habituellement constipée, a présenté, il y a un an et demi, une recrudescence de la constipation et des douleurs à la défécation. Depuis 6 mois,

est apparue de la diarrhée, environ 10 selles par 24 heures. Douleurs dans les jambes et gros amaigrissement.

Une biopsie révèle un épithélioma cylindrique. On pratique l'amputation abdomino-périnéale du rectum. La malade meurt le jour même.

OBSERVATION N° 24 (th. de Mondor).

Homme de 34 ans. Cancer colloïde recto-sigmoïdien.

Depuis six mois, les selles sont plus nombreuses et accompagnées de glaires sanguinolentes. Douleurs sous-ombilicales avant les garde-robes. On palpe une tumeur que l'on ne peut atteindre au toucher rectal, mais qui est visible à la rectoscopie.

Intervention : extirpation périnéale de la tumeur. Anus iliaque gauche définitif.

Trois ans après, le malade va bien.

OBSERVATION N° 25 (th. d'Aguettant; obs. n° I)

Femme de 35 ans. Epithélioma métatypique du rectum.

Pas d'antécédents néoplasiques connus. Père mort d'appendicite. A eu la rougeole dans sa jeunesse, ne signale rien d'autre. Cinq grossesses, dont un mort-né,

un prématuré et trois enfants bien portants. Depuis sept mois (un mois après la naissance de son dernier enfant), douleurs à la défécation et apparition de sang dans les selles.

II. — Les épithéliomas de la région cœco-colique

OBSERVATION N° 26 (inédite. Communiquée par M. le Dr. Moulonguet).

Femme de 26 ans. Epithélioma colloïde du colon ascendant.

Madame T... vient pour consulter, sur le conseil de son médecin traitant, pour les symptômes suivants :

1° Des douleurs, s'étendant à tout l'abdomen, plus ou moins intenses, non continues.

2° Une masse grosse comme un œuf siégeant dans la fosse iliaque droite.

Les troubles actuels ont commencé il y a environ un mois par une crise douloureuse accompagnée au

début de vomissements ayant duré toute une nuit (de 22 h. à 6 h.). Les douleurs sont à type de torsion, spontanées dans la fosse iliaque gauche, réveillées par la palpation dans la fosse iliaque droite. La température reste voisine de 37°5. Ces douleurs durent une semaine puis la malade se lève et paraît guérie. Huit jours après survient un épisode fébrile qui va durer une quinzaine de jours, jusqu'à l'entrée de la malade dans le service. La température reste pendant plusieurs jours à 39°, s'élevant parfois jusqu'à 40°. Dans la première journée fébrile, on note un arrêt des règles. Les douleurs abdominales sont toujours du même type. A ce moment, le médecin constate la présence de la tumeur abdominale. Celle-ci persistant malgré le repos et l'application de glace, il conseille l'appendicectomie et la malade entre à l'hôpital.

Antécédents. — La malade a eu ses premières règles à 13 ans, très douloureuses jusqu'à 20 ans, puis normales, faites de sang rouge contenant des caillots. La malade est asthénique. Elle ne se souvient pas d'avoir eu d'autre affection que celle qui l'amène ici.

Examen du 22 mars 1938. — A la palpation, on note la douleur dans les fosses iliaques, beaucoup plus intenses à droite. On sent une masse dans la fosse iliaque droite, siégeant environ au niveau du point de Mac Burney, et dont les caractères sont les suivants : bien limitée ; volume d'un œuf ; oblique en bas et en dedans ; peu profonde ; non adhérente et non fluc-

tuente ; douloureuse à la palpation. Cette masse est retrouvée au toucher vaginal, bien limitée, haut située dans la fosse iliaque et ne suivant pas les mouvements de l'utérus. L'utérus est de volume normal, très mobile.

L'examen de l'appareil pulmonaire et du cœur ne montre rien d'anormal. La tension artérielle est de 12,5-7,5.

Dans le sang, on trouve 11.000 globules blancs : 81 % de polynucléaires et pas d'éléments anormaux.

Le diagnostic est hésitant entre kyste de l'ovaire tordu ou épiploïte appendiculaire.

Intervention le 23-3-38 (Dr De Rieux).

On trouve une tumeur du cœco-ascendant qui un aspect extérieur capitonné. Il y a des ganglions mésentériques : la colectomie s'impose.

Technique classique : décollement colo-pariétal. Section du méso, puis du colon transverse. Ligature d'enfouissement sous deux bourses. Anastomose iléo-transverse termino-latérale. Réfection du mésentère. Suture du mésocolon au péritoine pariétal antérieur. Grosse mèche dans la loge colique. Réfection de la paroi.

Examen histologique de la pièce : épithélioma colloïde. La malade sort de l'hôpital trois semaines après l'opération. Les troubles ont disparu. L'état général s'améliore.

OBSERVATION n° 27 (Mouchet et Baranger in *Journal de Pédiatrie*, 1924.) :

Enfant de 10 ans. — Adéno-épithéliome de l'angle gauche du colon.

Symptômes pouvant se rapporter à de l'obstruction intestinale chronique, aboutissant à une crise d'occlusion aigue.

Une laparatomie d'urgence fait découvrir la tumeur que l'on enlève en plusieurs interventions.

Deux mois après, nouvelle crise d'occlusion intestinale et nouvelle intervention qui montre la généralisation du cancer. Mort peu après.

OBSERVATION n° 28 (Wakeley in *Lancet*, 1933).

Garçon de 16 ans. Cancer colloïde du colon ascendant.

Depuis 5 semaines, douleurs dans le ventre, accompagnées depuis trois semaines de vomissements quotidiens qui renforcent la douleur. Jusqu'à ce moment, l'intestin a fonctionné normalement. La douleur est maximum dans la fosse iliaque droite; elle est continue, sans relation avec les repas. Pas d'antécédents. Le malade raconte seulement qu'il a avalé un caillou il y a environ un an.

On intervient et découvre la tumeur, volumineuse, sur le colon ascendant. Petit noyau secondaire sur la

face inférieure du foie. Grosse masse ganglionnaire à droite de l'aorte. Anastomose iléo-transverse.

Légère amélioration, mais 6 mois après, généralisation et mort.

OBSERVATION n° 29 (Vianney de St-Etienne, cité par Le Lay, obs. n° VIII).

Femme de 23 ans. Epithélioma colloïde de la région iléo-cœcale.

Vient consulter pour une fistule stercorale, consécutive à une appendicectomie. A l'intervention, on découvre une induration de la région de la valvule de Bauhin. Résection iléo-cœcale et anastomose termino-latérale au bouton de Jaboulay. Guérison opératoire.

OBSERVATION n° 30 (Pauchet, cité par Le Lay, obs. n° IX).

Homme de 27 ans. Epithélioma atypique du colon ascendant.

Depuis un an : anémie, douleurs abdominales. On sent la tumeur en palpant la fosse iliaque droite.

OBSERVATION n° 31 (Bilton Pollard, cité par Okinczic, obs. n° XXXV).

Homme de 29 ans. Cancer colloïde de la flexure splénique.

Antécédents : dyspepsie flatulence depuis 4 ans.
Symptômes : crises de coliques, rend du sang rouge.
Intervention. Survie de 2 ans.

OBSERVATION n° 32 (Cadenat, cité par Le Lay, obs. n° VI).

Homme de 30 ans. Epithélioma typique du cœcum.
Depuis 2 ans, douleurs abdominales avec quelques vomissements. Pas d'arrêt des matières.

On avait diagnostiqué une tuberculose intestinale.

OBSERVATION n° 33 (Cadenat, cité par Le Lay, obs. n° V).

Homme de 34 ans. Epithélioma cylindrique typique du colon ascendant.

« Crises douloureuses intermittentes dans la fosse iliaque droite depuis 2 ans. Diarrhée presque continue, avec quelques phénomènes passagers de sub-occlusion. »

Interventions diverses.

Examen histologique : association d'inflammation tuberculeuse du cœcum et d'épithélioma cylindrique typique.

OBSERVATION n° 34 (Th. d'Okinczic, obs. n° I).

Homme de 35 ans. Adéno-carcinome végétant de l'angle droit du colon.

Douleurs vagues dans l'épigastre et l'hypocondre droit. Gros amaigrissement. On palpe une tumeur en dessous du foie.

Interventions : iléo-colostomie puis gastro-entérotomie. Mort en 6 mois.

OBSERVATION n° 35 (Th. de Jouffray, obs. n° II).

Homme de 35 ans. Néoplasme colloïde du cœcum. L'évolution simule une série de poussées inflammatoires. Mort dans les suites opératoires.

III. — Les épithéliomas de l'estomac

OBSERVATION n° 36 (inédicté, communiquée par M. le Dr. Moulonguet).

Femme de 30 ans. Cancer de l'estomac.

Mlle Y. B... est vue chez elle, pour ascite, vers le 15 août 1935. Elle est soignée depuis deux ans pour l'estomac (?) Balonnement, flatulence. Récemment elle a fait cette ascite avec distension et a maigri de 8 kg. environ.

Pas de fièvre. Métrorragies peu abondantes, irrégulières. Au toucher vaginal on sent une grosse masse pelvienne. Le diagnostic est hésitant entre tuberculose ou kyste végétant de l'ovaire.

Elle vient à Tenon pour ponction : on recueille un liquide séreux. On sent une très grosse masse pelvienne.

Opération du 23 août 1935. Evacuation de l'ascite qui s'est reproduite. Deux masses ovariennes solides, genre Krukenberg, avec petits kystes. A la coupe, tissus rosés. Annexectomie bilatérale. Enfouissement difficile parce que le péritoine est épaissi. Il y a un noyau cancéreux dans le cul-de-sac vésico-utérin, le bord de l'épiploon est épaissi, cancérisé. Exploration de l'estomac difficile parce qu'il ne descend pas. Il y a peut-être une induration de la région pylo-

rique et l'estomac paraît dilaté. L'exploration n'est pas satisfaisante. Paroi en trois plans. Crins perdus. Drainage du Douglas.

Des radiographies sont faites qui montrent un cancer gastrique certain.

La malade est revue en octobre. L'état général est assez bon, mais l'examen radiologique montre une extension du cancer. Au début du mois de novembre, on pratique une gastroscopie :

Région du grand cul de sac : gros bourgeons épais et rouges.

Région pylorique : saine.

Intervention du 11 novembre 1935.

La malade est endormie au mélange de Schleich. Laparatomie. Ascite assez abondante. Il paraît y avoir de la péritonite cancéreuse dans l'épiploon gastro-colique et le péritoine gastrique. De plus : gros ganglions coronaires et péritoine glacé dans la région œsophago-gastrique. On renonce à toute exérèse. Crins perdus.

La malade meurt quelques mois après l'intervention. Pas d'autopsie.

OBSERVATION n° 37 (Barcley-Wess et J.-H. Tacher in British Journ. of Child. Diseases, 1908).

Garçon de 14 ans. Carcinome de l'estomac.

Admis à l'hôpital en août 1906 pour une jaunisse

intense datant d'environ 2 mois. Depuis 2 ans, il ressent, par intervalle, des douleurs intestinales très vives, ne durant que quelques minutes. 8 mois avant son admission, ces crises douloureuses ont augmenté en fréquence et en intensité. L'état général s'aggrave.

Laparatomie, évacuation du liquide d'ascite, anastomose entre le jéjunum et la vésicule biliaire distendue.

8 jours après le malade meurt et à l'autopsie on trouve des nodules carcinomateux dans tout l'abdomen.

Examen microscopique : carcinome avec prédominance du tissu fibreux et atrophie des éléments épithéliaux.

OBSERVATION n° 38 (Laird in Edimburg Medical Journal, 1921).

Garçon de 15 ans. Epithélioma cylindrique de l'estomac.

Entre à l'hôpital parce que depuis quinze jours il a des douleurs sourdes dans la région précordiale, à la base du thorax et dans l'omoplate gauche. Il n'a jamais présenté de troubles digestifs.

La palpation de la région épigastrique révèle une tuméfaction sous le rebord costal gauche. Le foie est gros. Vomissements, amaigrissement. La recherche de

l'acide chlorhydrique libre dans un repas d'épreuve et dans les vomissements est négative.

Laparatomie. On trouve une tumeur inopérable de la petite courbure avec noyaux secondaires dans le foie.

Après une légère amélioration, le malade meurt au bout d'un mois. L'autopsie confirme les découvertes de l'opération et permet l'examen histologique (épithélioma cylindrique).

OBSERVATION n° 39 (Dr. Devé, in *Normandie Médicale*, 1919).

Jeune fille de 19 ans. Epithélioma cylindrique du pylore.

Entre à l'hôpital pour des vomissements durant depuis 6 mois. Emaciation extrême. Syndrome pylorique typique. En raison de l'âge, on propose le diagnostic d'ulcère calleux de la région pylorique.

Intervention : gastro-entérostomie. On découvre le cancer pylorique.

La malade meurt sept jours après. Autopsie.

OBSERVATION n° 40 (M. K. King, de New-Orléans, in *Journ. of. americ. Medic. Assoc.*).

Homme de 20 ans. Carcinome de l'estomac.

Un nègre entre à l'hôpital pour des douleurs d'estomac qui ont commencé il y a trois semaines par des crampes dans la partie supérieure de l'abdomen, accompagnées de nausées et vomissements. Cette crise aiguë a duré deux heures, calmée par l'application de glace. La douleur est calmée par l'absorption de nourriture puis par le vomissement. Gros amaigrissement. Les antécédents familiaux et personnels ne contiennent rien. On ne retrouve pas de traces de syphilis.

A l'examen, la paroi abdominale est très émaciée, et sa partie supérieure est contracturée. A la radiographie, on constate une déformation constante de la région pylorique. On envisage la possibilité d'une tumeur maligne, et on intervient.

Après quelques semaines de mieux, le malade se cachectise et meurt deux mois après l'opération.

OBSERVATION n° 41 (Quénu-Jacquelin et Soules in *Arch. des Mal. ap. digest.*).

Homme de 21 ans. Epithélioma de la région pylorique.

Souffre depuis trois mois de pesanteur et de sensation de barre épigastrique après les repas. Des vomissements apparaissent qui deviennent de plus en plus fréquents, et amènent un amaigrissement consi-

dérable. Rien au poumon. La tumeur est palpable à 2 travers de doigt au dessus de l'ombilic, et à droite. Clapotage très marqué. On voit les contractions de l'estomac sous la paroi amincie. La sténose du pylore par tumeur est indiscutable, elle est encore confirmée par l'examen radiologique.

On intervient. L'état du malade commence à s'améliorer, mais il meurt de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION n° 42 (Fr. Moutiers, in *Arch. Mal. app. digest.*, 1923).

Femme de 22 ans. Epithélioma colloïde de l'estomac.

Consulte le 12 octobre 1922 pour des douleurs gastriques qui durent depuis huit mois. Amaigrissement de 18 kgs. Depuis le mois d'août, vomissements le soir et la nuit. Les règles sont survenues le 8 août pour la dernière fois. Le toucher vaginal permet de constater l'absence de grossesse. Cœur et poumons normaux. Les réflexes tendineux et oculaires sont normaux. Une réaction de Bordet-Wassermann pratiquée en 1914 est négative. La mère de la malade a eu 11 enfants dont 6 sont morts en bas âge.

La malade est traitée pour un ulcère avec du kaolin, on obtient une légère amélioration, mais bientôt reprise des signes aggravés. Le 15 novembre on palpe une tumeur douloureuse dans la région pylorique. La

malade est envoyée à l'hôpital pour être examinée en vue d'une opération mais elle meurt peu après son entrée dans une crise de vomissements légèrement hématiques.

On pratique l'autopsie.

OBSERVATION n° 43 (Th. de Le Lay, obs. n° 1).

Femme de 32 ans. Epithélioma squirrheux de l'estomac.

Soignée depuis deux ans pour des troubles gastriques qui font penser à un ulcère. Pendant ce temps, gros amaigrissement se chiffrant par 17 kgs. Un examen radiographique fait découvrir le cancer. On pratique une gastrectomie, mais la malade meurt le lendemain.

OBSERVATION n° 44 (Dr. Meyer, cité par Le Lay, obs. n° 12).

Femme de 33 ans. Epithélioma cylindrique de l'estomac.

Le diagnostic porté était : appendicite chronique. La tumeur est découverte à l'intervention.

IV. — Les épithéliomas de l'intestin grêle

OBSERVATION n° 45 (Badile in Tumori, 1936).

Enfant de 14 ans. Carcinome de l'intestin grêle.

Entre à l'hôpital au mois de novembre 1921, en pleine crise d'occlusion intestinale. L'état général est mauvais. Intervention à l'anesthésie locale : on trouve sur le grêle une masse sténosante d'aspect cicatriciel. L'état du malade ne permet qu'une anastomose entre le grêle et le colon. Le malade se remet. L'examen des selles pratiqué à ce moment montre la présence de bacille de Koch.

En 1923, nouvel examen du malade qui souffre. On perçoit dans le Douglas un nodule de la grosseur d'une noix.

En avril 1924, le malade entre à nouveau à l'hôpital. On perçoit dans le quadrant inférieur gauche du ventre une tumeur de la grosseur d'une tête de nouveau-né. On intervient et isole une tumeur plus grosse qu'un poing, occupant le grêle avec infiltration du mésentère adjacent.

Le malade revu en octobre 1924, 6 mois après, va bien.

L'examen de la pièce montre que la masse est traversée par la lumière intestinale sténosée; la mu-

queuse a disparu laissant une vaste ulcération.

Au microscope : carcinome typique, avec des amas irréguliers, parfois tubulés de cellules épithéliales cylindriques. On ne retrouve pas de traces de lésion tuberculeuse.

CONCLUSIONS

1° Les épithéliomas de la portion abdominale du tube digestif ne sont pas fréquents chez les sujets jeunes, mais leur nombre est assez important pour qu'il faille en tenir compte au cours de la discussion du diagnostic d'une affection digestive, ou d'un syndrome douloureux abdominal.

2° La portion recto-sigmoïdienne du tube digestif est la plus souvent atteinte. Viennent ensuite, dans l'ordre : la portion cœco-colique, l'estomac et en dernier lieu, l'intestin grêle.

3° La gravité du pronostic est en raison inverse de la précocité du diagnostic. Ainsi, les épithéliomas de la portion recto-sigmoïdienne, sont les moins redoutables car ils s'imposent par l'abondance des signes. Au contraire ceux de l'estomac, que l'on découvre toujours trop tard, sont d'une gravité exceptionnelle.

4° On pourrait hâter le diagnostic et par conséquent améliorer le pronostic, en pratiquant plus souvent et d'une façon plus précoce : le toucher rectal, et l'examen radiologique du tube digestif.

5° Le traitement chirurgical s'impose, sans délai, dès que le cancer est découvert.

Vu : *Le Doyen,* Vu : *Le Président de Thèse,*
TIFFENEAU B. CUNÉO

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
A. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- AGUETTANT (G.). — *Le néoplasme rectal chez les jeunes*. (Th. de Lyon, 1921-22).
- BADILE. — *Le corcinome de l'intestin grêle chez les jeunes* (in Tumori, juill-sept. 1926.)
- BARCLAY-WESS et J.-H. TACHER. — *Carcinome de l'estomac chez un garçon de 14 ans*. (In British Journal of Children's diseases, déc. 1912.)
- CAVAILLON (P.). — *Thérapeutique chirurgicale du cancer du gros intestin*. (Th. Lyon, 1905-06.)
- CLARCK (J.-H.). — *Cancer de l'anse sigm. et du rect. chez les enfants*. (In Annals of Surgery, déc. 1926.)
- DAY et RHEA. — *Cancer de l'appendice chez un enfant*. (In The Boston medic. et surg. J., 3 déc. 1908.)
- DEVÉ. — *Cancer du pylore chez une jeune fille de 19 ans*. (In Normandie Médicale, 1919, p. 35.)
- GIRAULT (A.-L.). — *Contribution à l'étude du cancer de l'anse sigmoïde*. (Th. Paris, 1913-14.)
- HIGLEY (Ch.-S.). — *Carcinome de la région recto-sigmoïd.* (In Journ. of American Medical Ass., 12-8-33.)
- INGERSOLD OLMSTED. — *Carcinome de l'anse sigm., etc...* (In Annals of Surgery, 1921, n° 4.)
- JOUFFRAY (P.). — *Formes cliniques du cancer du gros intest.* (Th. de Lyon, 1907.)
- KING. — *Carcinome de l'est. avant 20 ans*. (In Journ. of Am. Medic. Assoc., 12-8-33.)
- M. LABBÉ et VITRY. — *Précis de Pathologie médicale*, T. VI.
- LAIRD. — *Cancer de l'est., garçon de 15 ans*. (In Edimburg Medical Journal, 1921, n° 2.)
- LASNIER. — *Cancer du rectum chez un enfant de 13 ans*. (In Archivos Latino-Americanos de pediatria, mai 1923.)

- LE LAY (E.-Alb.). — *Les cancers gastro-intest. des sujets de moins de 35 ans.* (Th. Bordeaux, 1925-26.)
- LIBES (A.). — *Cancer du tube digestif chez les jeunes avant 30 ans.* (Th. Toulouse, 1926-27.)
- LOUART (A.-E.-F.). — *Le cancer du gros intestin dans la jeunesse.* (Th. Paris, 1900.)
- LUMIÈRE (Aug.). — *Le cancer, maladie des cicatrices.*
- MONDOR. — *Contribution à l'étude du cancer du rectum.* (Th. Paris, 1914-15.)
- MOUCHET et BARANGER. — *Adénoépith. du colon chez un enf.* (Journal de pédiatrie, juin 1924.)
- MOUTIERS (Fr.). — *Cancer de l'est. chez des sujets jeunes.* (Archives des maladies de l'appareil digestif, 1923, n° 13.)
- OKINCZIC. — *Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer du colon.* (Th. Paris, 1906-07.)
- *Trois cas de tumeurs bénignes du colon pelvien.* (Acad. Chir., 26 fév. 1936.)
- Ch.-H. PHIFER. — *Cancer du rectum et du colon sigmoïde chez l'enfant et l'adolescent.* (In Annals of Surgery, juin 1923.)
- J. QUÉNU, Ch. JACQUELIN et SOULES. — *Epithélioma sténosant de la région pylorique chez un sujet jeune.* (In Arch. des Mal. de l'App. dig., juin 1929.)
- RIMBAUD, ANSELME, MARTIN et CADILLAC. — *Deux cas de cancer gastrique chez des adultes jeunes.* (In Arch. de la Soc. de Méd. et Biol. de Montpellier, 1935 fasc. VII.)
- WAKELEY. — *Cancer du colon ascendant chez un enfant.* (In The Lancet, 13 mai 1933.)
- WELLS. — Cité par le Journal de chirg., T. I, p. 514.
- WILKIR. — *Cancer de l'appendice.* (In the British Journal of Surgery, 1921, n° 32.)

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
INTRODUCTION	11
CHAPITRE I — Historique	13
CHAPITRE II — Plan	15
CHAPITRE III — Généralités	16
<i>Étiologie</i>	16
<i>Symptomatologie</i>	19
<i>Conduite à tenir</i>	20
CHAPITRE IV — Caractères particuliers selon le siège	21
CHAPITRE V — Observations	27
CONCLUSIONS	59
BIBLIOGRAPHIE	61

